



COMUNE DI CALTAVUTURO

17. APR. 2019

PROT. N. 1673

Città di Termini Imerese**Distretto Socio Sanitario D37****COMUNI DI TERMINI IMERESE, ALIMINUSA, CACCAMO, CALTAVUTURO, CERDA, MONTEMAGGIORE BELSITO, SCIARA, SCILLATO, SCLAFANI BAGNI, TRABIA.****AVVISO PUBBLICO****Disabilità grave**

- Censimento numero di Disabili Gravi del Distretto Socio-Sanitario n.37.
- Richiesta attivazione Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett.b, del D.P. n. 589/2018.

SCADENZA 17 MAGGIO 2019**Visti:**

- il D.P.R. 589 de 31/08/2018;
- il D.D.G. 2538 del 6/12/2018;
- la circolare dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, prot. n. 42152 del 27/12/18, Servizio 5° Fragilità e Povertà;
- la nota tecnica dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, prot. n. 7957 del 06/03/19, Servizio 5° Fragilità e Povertà;

SI RENDE NOTO

che i cittadini del Distretto Socio Sanitario 37, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del comune di residenza per l'attivazione del Patto di Servizio (secondo quanto disposto dall'art. 3, comma 4, lett.b, del D.P. n. 589/2018) che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

Si fa presente che la presentazione dell'istanza verrà utilizzata anche ai fini del Censimento dei Disabili Gravi di cui al citato Decreto Presidenziale.

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il **17/05/2019**, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito istituzionale di ciascun Comune del Distretto 37.

Le istanze dovranno essere corredate da:

1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. Ai disabili gravi che producano un Isee pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%);
3. verbale della commissione medica attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P., si procederà alla presa in carico e all'elaborazione di un piano personalizzato, dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza dirette e/o indiretta. Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre quelle di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati forniti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati.

Termini Imerese, 17/04/2019



**Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Vice Sindaco di Termini Imerese
Dott. Licia Fullone**

Licia Fullone

OGGETTO: Censimento disabili gravi e richiesta di attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett.b), del D.P. n. 589/2018, Regione Sicilia.

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:
nat. a _____ il _____
di essere residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____
in qualità di beneficiario o di familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo) _____

CHIEDE PER IL

(da compilare solo in caso di familiare delegato o rappresentante legale (tutore, amministratore di sostegno, ecc.)

Soggetto beneficiario

sig./ra _____
nat. a _____ il _____
di essere residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

di essere censito presso il Distretto Socio Sanitario n. 37 e l'attivazione del Patto di Servizio, ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera b), del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- 1) che il beneficiario è disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di servizio di cui all'art. 3, comma 4, lettera b), del D.P. n. 589/2018;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale copia del provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- Certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) in corso di validità.

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO E RESA AI SENSI DEL:
Codice in materia di protezione dei dati personali n.196/2006 aggiornato al D.Leg. 10 agosto 2018 "GDPR"

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, ai sensi della normativa richiamata, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

Luogo e data _____

FIRMA
